

Дятлов М.М.

## **ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИЯМ НА ТАЗОВОМ КОЛЬЦЕ ПРИ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ**

/ Гомель /

Сообщение основано на опыте 92 операций на тазовом кольце с 1980 года из 299 различных оперативных вмешательств (и на внутренних органах) у 253 больных с повреждениями таза из общего числа более 1000 пострадавших с этими травмами за неполные четыре десятилетия. Мы не встретили в литературе единого изложения этих показаний.

Операции на скелете таза при изолированных повреждениях его мы считали показанными (и выполняли их) при переломах и вывихах, при которых невозможно было восстановить анатомию консервативно, например, постоянным вытяжением или, если оперативное вмешательство эффективнее, обеспечивало лучший анатомический и функциональный результат или лучший уход за больным, или в большей степени предупреждает осложнения — пролежни, тромбоэмболию, сердечную и легочную недостаточность, или сокращало постельный режим с 2-х месяцев до 1 недели: 1) размождение области лона с импрессией и убылью костной ткани; 2) многофрагментарные (двойные, тройные) переломы со значительным смещением отломков в 2-3 плоскостях; 3) значительное, более чем на поперечник смещение отломков в сагитальной плоскости или с разворотом во фронтальной плоскости вокруг передне-задней горизонтальной оси при бабочковидном переломе; 4) неустраняемое консервативно переднезаднее смещение при переломе переднего и заднего полуколец или медиальное смещение при центральном вывихо-переломе; 5) консервативно не-вправимые трансцетабулярные вертикальные или горизонтальные переломы со смещениями в области крыши вертлуги более 1-2 мм, с диастазом на дне ее более 5 мм; 6) смещение крупного отломка заднего края вертлужной впадины при задних вывихо-переломах, без которого бедро не удерживается при и после вправления; 7) вывих половины таза (остеосинтез аппаратом внешней фиксации — АВФ); 8) разрывы лонного соединения со смещенным переломом лонных и седалишных костей под углом у мужчин и пожилых женщин более  $45^{\circ}$ , у девочек и женщин детородного возраста — более  $30^{\circ}$ , или смещение различных костей таза в его полость более чем на 1 см, т.е. при грубом нарушении родовых путей; 9) разрывы лонного соединения с диастазом более 1,5 см (наружный остеосинтез); 10) угловое смещение крыла подвздошной кости более чем на  $30^{\circ}$ ; 11) отрывные переломы с диастазом более 1 см; 12) угроза перфорации костными фрагментами промежности, влагалища, мочевого пузыря; 13) открытые смещенные переломы (погружной или наружный остеосинтез) с тяжелыми повреждениями мягких тканей (наружный остеосинтез).

При первых 12 показаниях операции были плановыми, при тринадцатом они выполнялись экстренно.

В осложненных случаях изолированных и множественных повреждений показанными явились операции на тазовом кольце при: 1) тройных переломах типа бабочковидного с утратой связи крупных отломков с тазом у больных с разрывом уретры, осложнившимся флегмоной предпузырной клетчатки (плановые); 2) нестабильных и стабильных переломах с признаками повреждения магистральных сосудов и нервов в области таза (неотложные или экстренные); 3) экстренном вмешательстве на бедренной артерии, когда в ране предоставляется доступ к смещенной верхней ветви лонной кости.

Показаниями к операциям на костях таза при сочетанных повреждениях послужили: 1) разрывы лонного соединения с диастазом более 1,5-3 см (иногда с повреждением одного или двух крестцово-подвздошных суставов) в сочетании с: а) повреждением серозы кишечника, мочевого пузыря и переломом бедра; б) разрывом прямой кишки и переломом диафиза бедра; в) повреждением мочевого пузыря и плечевой артерии или переломом бедра; 2) значительно смещенные переломы переднего и заднего полукольца с разрывом мочевого пузыря или уретры. При всех этих показаниях операции на скелете таза были экстренными. Шок при них иногда являлся не противо-, а показанием к оперативному вмешательству (с продолжающейся интенсивной трансфузионной терапией).

Погружной или наружный остеосинтез или их сочетание или внутренняя фиксация части таза в сочетании со скелетным вытяжением считаем показанными при значительных смещениях у больных, подвергающихся лапаротомии, ибо стремимся закончить ее восстановлением формы таза.

У гемодинамически нестабильных больных без повреждения магистральных сосудов показано неотложное закрытое вправление таза с временной фиксацией (стабилизацией) тазовыми тисками или АВФ, что обеспечивает: 1) уменьшение тазового и забрюшинного объема, это способствует самотампонаде пространства и приостановке кровотечения; 2) восстановление контакта кровоточащих костных поверхностей, что прекращает отрыв тромбов (при переключении пациента) и уменьшает кровопотерю; 3) противоболевой эффект — обездвиживание перелома сокращает раздражение интерорецепторов и поток болевых импульсов. У гемодинамически нестабильных больных с повреждением магистральных сосудов таза неотложное оперативное вмешательство (на сосудах) предпочтительно завершить временной стабилизацией тазовыми тисками или АВФ.

Неотложные и срочные операции на тазу часто включают предварительное лечение — постоянное вытяжение, аппараты внешней фиксации или тазовые тиски.